



AYUNTAMIENTO DE TEGUISE
LANZAROTE

DOCUMENTACIÓN NECESARIA INGRESO

- Fotocopia de la **tarjeta sanitaria** del menor o en su defecto fotocopia de la tarjeta de la Seguridad Social del padre, madre o tutor/a donde esté incluido el niño/a.
- **Declaración** donde se exponga si el niño/a padece o no enfermedad de interés que se deba conocer en el centro.
- Fotocopia del **calendario de vacunaciones**.
- **4 fotografías** tamaño carnet.
- **El ingreso mensual y la matrícula** se hará en el siguiente número de cuenta durante la primera semana del mes. (en el mes de septiembre).

IBAN: ES23 Cuenta: **20387248226400000550** concepto: **“nombre del niño/a”**.



FICHA PERSONAL DEL ALUMNO/A

DATOS PERSONALES Y FAMILIARES.

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar _____

Domicilio habitual _____

Teléfonos de contacto _____

Nombre y apellidos del padre o tutor _____ DNI _____

Nivel de estudios _____ Profesión _____

Nombre y apellidos de la madre o tutora _____ DNI _____

Nivel de estudios _____ Profesión _____

Nº de hermanos _____ Lugar que ocupa entre ellos _____ Hermanos/as en el centro _____ curso _____

Convive con otras personas en el hogar (abuelos, tíos, etc.) _____

Fecha de ingreso en el centro _____

Horario de Atención Educativa.

Entrada de 7.30H a 8.30H. . (Hora máxima de entrada 9.00 H).

Salida 12.30H. 13.30H. 15.00H.- 16H. Comedor. (marcar con una X)

DATOS MÉDICOS.

Problemas durante el embarazo _____

Problemas durante el parto _____

Su nacimiento fue prematuro _____ cuántos meses _____

Enfermedades que ha padecido _____

Padece enfermedad crónica _____Cuál _____

Tiene algún tratamiento crónico _____

Tiene deficiencia auditiva _____ Tiene deficiencia visual _____

¿Tiene algún tipo de alergia? _____Cuál (respiratoria, alimentos, etc.) _____



OTROS DATOS DE INTERÉS.

¿A qué le gusta jugar? _____

Sus juguetes preferidos son _____

¿Con quién pasa más tiempo? _____

¿Cuándo empezó a andar? _____ ¿Presenta alguna dificultad? _____

¿Cuándo empezó a hablar? _____ ¿Presenta alguna dificultad? _____

Algún otro dato de interés que considera debiera ser tenido en cuenta para un mejor conocimiento del niño/a.

Firma del padre o tutor

Firma de la madre o tutora



AUTORIZACIÓN PARA LA SALIDA Y RECOGIDA DEL ALUMNADO DEL CENTRO

Don/Doña _____ padre/madre/tutor

legal del alumno/a _____

de _____ años, doy autorización para que mi hijo/a salga acompañado/a sólo por las siguientes personas:

NOMBRE Y APELLIDOS	D.N.I.

En el caso de realizarse alguna modificación en lo expuesto anteriormente, deberá comunicarlo a la Administración de la Escuela Infantil.

En Teguiise, a..... de.....de.....

FDO.



AUTORIZACIÓN DE FOTOGRAFÍAS Y VIDEOS DE LOS NIÑOS/AS.

D/Dña.....con D.N.I. nº.....

Padres del niño/a.....

AUTORIZAMOS

NO AUTORIZAMOS

Para que nuestro hijo/a aparezca en las fotografías y videos que se realicen en las distintas actividades que se lleven a cabo en el centro (fiestas, talleres, cumpleaños, etc.), la utilización de estas grabaciones y fotografías será en el ámbito docente, pudiendo extenderse su uso para elaborar un documento gráfico para que los alumnos/as y sus padres tengan un recuerdo.

En..... ade.....de 20.....

FDO. PADRE/MADRE/TUTOR/A.

AUTORIZACIÓN LOGOPEDA

D./Dña,, padre/madre, tutor/tutora del alumno o la alumna, con D.N.I....., autorizo a la logopeda perteneciente al Departamento de Bienestar Social de Teguiise a valorar a mi hijo o hija, para poder determinar si requiere o no atención logopédica.

Fecha y firma del padre/madre,
tutor/ tutora:

Fecha y firma de la logopeda:



AYUNTAMIENTO DE TEGUISE
LANZAROTE

DECLARACIÓN

D./Dña,, con D.N.I....., padre/madre,
tutor/tutora legal del alumno/a.....

Declaro que mi hijo/a **SÍ PADECE O NO PADECE** una enfermedad de interés que deba comunicar al Centro, en caso afirmativo presentar informe médico de dicha enfermedad.

(Marcar con una X donde proceda).

NO PADECE.

SÍ PADECE.

Especificar cual:....., y para
que conste adjunto informe médico.

En..... a.....de.....de 20...

FDO. PADRE/MADRE/TUTOR/A.